様式１

**記入例**

※予防接種者本人が申請者及び口座の名義人となります。

※消えるボールペンは使用できません。

※修正テープは使用できません。記入間違えは二重線で訂正印を押印。

大熊町任意予防接種助成金交付申請書（高齢者肺炎球菌ワクチン用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大熊町長　様

任意予防接種を受けたので、添付書類を添えて助成金の交付申請をします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 （予防接種者本人） | 住所 | 大熊町大字**下野上字大野６３４**  大  熊 | | | | |
| 氏名 | **大　熊　幸　子**　**一　郎** | | | | |
| 予防接種を受けた方との続柄（　本人　） | | | | |
| 生年月日 | **S 30** 年　**５** 月　**１** 日（接種日の年齢　**６6**　歳） | | | | |
| 電話番号 | **０９０**（**××××**　）　**××××** | | | | |
| 振込先  口座 | 金融機関名 | **ゆうちょ** | 銀行･農協  信組･金庫 | **八ニ八** | 本店  支店 |
| 預金種別 | 普通　　・　　当座 | | | |
| 口座番号 | **００１２×４５**　（※口座番号は７桁です） | | | |
| フリガナ | **オオクマ　　イチロウ** | | | |
| 口座名義人 | **大　熊　　一　郎**（※上記の氏名と一致すること） | | | |
| 予防接種名 | | | 高齢者肺炎球菌ワクチン | | | |
| 接種年月日 | | | **令和4** 年 **２** 月 **１５** 日 | | | |
| 医療機関名 | | | **○○○○病院** | | | |
| 接種料金 | | | **１０，０００**円　（※予防接種にかかった費用） | | | |

**必ず添付してください**

【添付書類】

□ 領収書の原本（レシート不可。接種者氏名及び接種年月日の記載があるもの）

　□ 予診票のコピー（医療機関からもらってください）、または接種済証のコピー

|  |  |
| --- | --- |
| 【大熊町記入欄】 | 助　成　決　定　額 |
| 円 |